

D/D^a _____, Farmacéutico del
Servicio de Farmacia del Hospital _____
sito en _____

ACREDITA: Que el estudiante D./D^a _____
_____ D.N.I. _____, ha realizado con
rendimiento satisfactorio una estancia de _____ horas bajo la
supervisión del Servicio Farmacéutico anteriormente mencionado
en el período comprendido del _____ al _____ de
200 , para dar cumplimiento a las condiciones de formación regu-
ladas por el Real Decreto 1667/1989.

_____, a _____ de _____ de 20 .
(Firma del Tutor y sello del Hospital)

Fdo.:

Nota.- Este Certificado deberá ser firmado por el Tutor que dirija la Práctica